



**Agencia de Acción Comunitaria del Condado de Miami-Dade
Head Start/Early Head Start**

Requisitos para la inscripción en Head Start

Estimados padres:

Es necesario someter los artículos siguientes para completar el proceso de solicitud de Head Start/Early Head Start:

1. El certificado de nacimiento de su hijo. Los niños deben tener 3 o 4 años de edad para el 1ro de septiembre del 2010 o antes, pero no más de 5 años después del 1ro de septiembre del 2010.
2. Prueba de los ingresos brutos del padre, la madre o el tutor por los últimos 12 meses del año calendario pasado. Los documentos incluyen un formulario 1040 firmado de los impuestos sobre los ingresos, los formularios W-2, matrices de los cheques de la paga, sobres de la paga, remuneración por desempleo, declaraciones escritas de empleadores, o documentación en que se muestre el estatus actual de los beneficiarios de la asistencia pública, ingreso suplementario del seguro social (SSI), TANF o manutención de un menor.
3. Identificación fotográfica de la licencia de conducción del padre, la madre o el tutor, con foto emitida por el Estado, identificación emitida por el empleador.
4. Prueba de residencia en el Condado de Dade.
5. Si su hijo padece de una discapacidad diagnosticada, usted tiene que adjuntar el plan de educación individualizada (IEP) o el plan de apoyo familiar individualizado (IFSP). Los niños discapacitados son elegibles para el Programa de Head Start para su tercer cumpleaños o después.

Observación Para garantizar que su hijo reciba el cuidado y la atención debida, informe al personal de Head Start durante la inscripción si su hijo padece de alguna alergia, si tiene necesidades médicas o alimentarias especiales o si hay alguna otra cuestión a la que se debe prestar atención.

Toda la información que se dé al Programa de Head Start/Early Head Start se mantendrá confidencialmente.



Agencia de Acción Comunitaria de Miami-Dade

“Head Start” / “Early Head Start”

Información Familiar



Nombre del adulto primario: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del menor elegible: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información General:

Dirección residencial:	Ciudad	Estado	Cód. postal	Condado
Dirección postal (si es diferente de la anterior):	Ciudad	Estado	Cód. postal	
Teléfono	Hogar, Trabajo, Celular, etc.	Primario	Comentarios	
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

de personas en el hogar _____ # de personas en la familia _____ # total de menores _____ # entre 0 y 3 años _____ # entre 4 y 5 años _____

(que conviven con el menor) (mantenidos con los ingresos del padre o guardián)

Situación familiar:	Idioma primario en el hogar:	Centro que solicita:
<input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Ambos padres		

Ingresos familiares – Ingresos por periodo de tiempo basado en: 12 meses previos Año natural anterior

TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> antiguamente	SSI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	WIC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación de WIC _____
Fuente de ingresos		Frecuencia	
Ingresos ganados no agrícolas (p.ej. jornal, propinas)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Ingresos ganados agrícolas (p. ej. jornal, propinas)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Asistencia Pública, Bienestar Social (p.ej. TANF, AFDC)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Pensión del Seguro Social / Jubilación		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Cuidados temporales/Subsidio por adopción		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Compensación por desempleo		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Manutención de menores/pensión alimentaria		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Otros ingresos no ganados		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	

Comentarios sobre los ingresos:

Contactos para caso de emergencia:

Nombre: _____	Parentesco o relación: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ Cód. postal: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____	Parentesco o relación: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ Cód. postal: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____

Proveedores de atención médica/dental:

Doctor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> * No * (Sólo para uso de los funcionarios) Referido a: _____	Fecha: _____	Referido por: _____
Nombre del doctor: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____
Dentista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> * No * (Sólo para uso de los funcionarios) Referido a: _____	Fecha: _____	Referido por: _____
Nombre del dentista: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____


Adulto primario:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
-----------	---------	-----------------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo económico <input type="checkbox"/> Padre o madre adolescente		
Último grado terminado: _____ Estatus laboral <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada completa y entrenamiento <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Jornada parcial y entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Empleado por temporadas <input type="checkbox"/> Desempleado	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> No hispano o de origen latino	Conocimiento del inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno Otro idioma que habla: _____ <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno

Adulto secundario:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
-----------	---------	-----------------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo económico <input type="checkbox"/> Padre o madre adolescente		
Último grado terminado: _____ Estatus laboral: <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada completa y entrenamiento <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Jornada parcial y entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento y escuela <input type="checkbox"/> Empleado por temporadas <input type="checkbox"/> Desempleado	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> No hispano o de origen latino	Conocimiento del inglés: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno Otro idioma que habla: _____ <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno

Otros miembros de la familia (mantenidos con los ingresos del padre, la madre o el tutor):

Adulto/Menor	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco

Solicitud/ Origen de la remisión:

- Servicios de Desarrollo de Menores
 Agencia de Bienestar de Menores
 Alcance Comunitario
 Remisión ordenada por los tribunales
 Departamento de Menores y Familias
 Programa de discapacitados
 Early Head Start
 Familia/Amigo
 Pulguero
 Ex padre o madre
 Hospital/Clinica de salud
 Healthy Start
 Número telefónico especial
 Vivienda pública
 Organización pública o privada sin fines lucrativos
 Escuelas públicas
 Fuente o agencia de remisiones
 Autorremisión
 South Florida Workforce
 Oficina de desempleados
 WIC
 Feria de la juventud
 Otro (especifique): _____

Verificación:

Certifico que los datos contenidos en estos documentos de solicitud, así como en la prueba de ingresos suministrada para tener derecho a la inscripción, son precisos y ciertos a mi leal saber y entender.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Apellido en letra de molde del padre, madre o tutor: _____



Menor elegible:					
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Preferido / Apodo	Sufijo	
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identificación alternativa			
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	Suficiencia en el uso del idioma inglés: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Competente		Elegibilidad para Medicaid: <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Recibe Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente elegible		
	Otros idiomas hablados: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		Número de Medicaid: _____ Número del seguro: _____ Otra cobertura de cuidados de salud: _____		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen latino <input type="checkbox"/> No hispano ni de origen latino	Relación del adulto primario con el menor: <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Crianza temporal* <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Adopción* <input type="checkbox"/> Relación política <input type="checkbox"/> Sobrina* <input type="checkbox"/> Sobrino * <input type="checkbox"/> Otra relación* (especificar) _____		<input type="checkbox"/> No tiene cobertura de cuidados de salud Se concluyó un referido a: _____		
	Relación del adulto secundario con el menor <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Crianza temporal* <input type="checkbox"/> Nieto(a) * <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Adopción* <input type="checkbox"/> Relación política <input type="checkbox"/> Sobrina* <input type="checkbox"/> Sobrino * <input type="checkbox"/> Otra relación* (especificar) _____		Fecha de presentación de la solicitud para Kidcare: _____ Funcionario: _____ Fecha: _____		
Nacionalidad: _____					
(Proveedor de cuidados médicos): ¿Cuenta el menor con una fuente de atención médica continua y accesible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Proveedor de cuidados dentales): ¿Cuenta el menor con una fuente de cuidados dentales continua y accesible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dispositivos de asistencia que usa: <input type="checkbox"/> espejuelos <input type="checkbox"/> lentes de contacto <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> bastón <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> aparatos de ortodoncia <input type="checkbox"/> ayudas para la audición <input type="checkbox"/> no utiliza dispositivos de asistencia Padecimientos de salud: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Describa _____ Discapacidad diagnosticada con IEP (HS) o IFSP (EHS): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: _____ Discapacidad diagnosticada con diagnóstico profesional: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES:					
Datos demográficos familiares:	Sí	No	Parental Status:	Sí	No
Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla apropiada			Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla apropiada		
Abuso documentado de sustancias			Un padre		
Violencia doméstica documentada			Ambos padres		
Nivel educacional de l padre <8 ^{avo} grado			Padre de cuidados temporales		
Padre adolescente <17 years old			Guardián		
Desamparado			Servicios a familias:		
Tiempo que lleva desamparado: _____				Marque <input checked="" type="checkbox"/> la casilla apropiada	
Mujer embarazada			Medicaid/Medicare		
Residente de viviendas públicas			Estampillas de alimentos		
Discapacidad paternal			WIC		
Transición de “ Early Head Start” a “Head Start”			Asistencia pública/ Bienestar social		
Padre trabajador			TANF/AFDC		
KIDCARE – seguro médico			Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI)		
Referido por orden del tribunal			Referido por el programa de cuidados temporales		



**Agencia de Acción Comunitaria de Miami-Dade
Head Start / Early Head Start
Datos demográficos y de elegibilidad de la familia
(Sólo para uso de la oficina)**



1. Nombre primario del adulto _____ Fecha de nacimiento _____
2. Nombre del menor elegible _____ Fecha de nacimiento _____
3. Fecha de inscripción del menor en el programa: _____ Fecha de ingreso del menor en el programa: _____
4. Cantidad anual de ingresos devengados \$ _____ Cantidad anual de ingresos no devengados \$ _____
5. Verificar elegibilidad – Chequee a qué categoría de elegibilidad pertenece este menor:

- Ingresos
 - Por debajo de las directrices federales de pobreza
 - Entre el 100 y el 130% de las directrices federales de pobreza
 - Por sobre el ingreso
- Asistencia pública
- Desamparado
- Padres sustitutos

6. Qué documentación se usó para determinar elegibilidad

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formulario 1040 de la declaración de impuestos federales (W-2 del último año calendario) | <input type="checkbox"/> Declaraciones escritas de empleadores |
| <input type="checkbox"/> Ayuda pública / TANF-documentación | <input type="checkbox"/> Reembolso por servicios de padres sustitutos |
| <input type="checkbox"/> Matrices de cheques de paga | <input type="checkbox"/> Documentación para SSI |
| <input type="checkbox"/> W-2 (último año calendario) | <input type="checkbox"/> Seguro social |
| <input type="checkbox"/> Subsidios/Becas/Ayuda económica | <input type="checkbox"/> Manutención infantil |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con el desempleo | <input type="checkbox"/> Otro |

Documentación de no tener ingresos: _____

Firma de personal de verificación de ingresos (obligatoria):

Tras examinar los documentos sobre ingresos que he marcado arriba, certifico que el menor es elegible para participar en el programa.

Firma de miembro del personal: _____	Verificación de fecha de elegibilidad: _____
Nombre en letra de molde del miembro del personal: _____ Cargo: _____	
Firma de director del centro: _____ Fecha: _____	